

Cod. interno
utente _____

VERSAMENTO QUOTA DI ISCRIZIONE

Anno Scolastico _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di padre madre tutore
(cognome e nome)

per l'iscrizione del figlio/a

_____ nato/a a _____ il _____ n° iscrizione _____
cognome e nome alunno

ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA nella sez. _____

ALLA SCUOLA PRIMARIA nella classe _____

dichiara di versare la quota di iscrizione pari ad euro _____ nella seguente modalità:

BONIFICO ASSEGNO

LA QUOTA DI ISCRIZIONE risulta essere anche caparra della quota annuale richiesta per la frequenza della scuola e non è rimborsabile in caso di disdetta dell'Iscrizione

Data _____

Firma _____

Spazio riservato alla Segreteria

STATO _____ DATA _____

Cod. interno
utente _____

VERSAMENTO QUOTA DI ISCRIZIONE

Anno Scolastico _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di padre madre tutore
(cognome e nome)

per l'iscrizione del figlio/a

_____ nato/a a _____ il _____ n° iscrizione _____
cognome e nome alunno

ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA nella sez. _____

ALLA SCUOLA PRIMARIA nella classe _____

dichiara di versare la quota di iscrizione pari ad euro _____ nella seguente modalità:

BONIFICO ASSEGNO

LA QUOTA DI ISCRIZIONE risulta essere anche caparra della quota annuale richiesta per la frequenza della scuola e non è rimborsabile in caso di disdetta dell'Iscrizione

Data _____

Firma _____

Spazio riservato alla Segreteria

STATO _____ DATA _____

RICHIESTA DI ATTIVITA' e SERVIZI EXTRA SCOLASTICI

Il sottoscritto..... Genitore di:

Alunno Classe o sezione.....

- | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| Chiede l'iscrizione al | PRESCUOLA INFANZIA (7,30-8,30) | <input type="checkbox"/> | |
| | PRESCUOLA PRIMARIA(7,30-7,50) | <input type="checkbox"/> | |
| | DOPOSCUOLA INFANZIA (16,00-17,00) | <input type="checkbox"/> | |
| | DOPOSCUOLA INFANZIA (16,00-18,00) | <input type="checkbox"/> | |
| | DOPOSCUOLA PRIMARIA (16,00-17,00) | <input type="checkbox"/> | |
| | DOPOSCUOLA PRIMARIA (16,00-18,00) | <input type="checkbox"/> | |
| | DOPOSCUOLA MERCOLEDI' (14,00-16,00) | <input type="checkbox"/> | (solo Primaria) |

Nota:

N.B.: Il servizio di pre-scuola e dopo-scuola inizierà la settimana successiva a quella dell'inizio delle lezioni. Si raccomanda il rispetto degli orari di uscita dal doposcuola. Il contributo richiesto verrà stabilito in base al numero di utenti del servizio, e sarà richiesto per l'uso anche parziale del servizio, secondo accordi presi con la Direzione.

Solo per chi frequenta la scuola primaria:

E' interessato mercoledì dalle 14,00 alle 16,00 alla frequenza di

- | | |
|------------------|--------------------------|
| CORSO MINIBASKET | <input type="checkbox"/> |
| CORSO TEATRO | <input type="checkbox"/> |
| CORSO SCACCHI | <input type="checkbox"/> |

E' interessato giovedì dalle 16,15 alle 17,15 alla frequenza di

- | | |
|--|--------------------------|
| CORSO VIDEO RIPRESE E MONTAGGIO | <input type="checkbox"/> |
| CORSO INGLESE | <input type="checkbox"/> |
| CORSO PIANOFORTE (anche Grandi Infanzia) | <input type="checkbox"/> |

Nota:

N.B.: I corsi inizieranno indicativamente da Ottobre. I corsi indicati verranno attivati in base al numero di utenti del servizio (minimo 10 partecipanti), che determineranno anche il contributo in euro richiesto.

AUTORIZZAZIONI PERMANENTI

(valide per tutti gli anni di permanenza a Scuola dell'alunno, fino a nuove comunicazioni in merito)

Il sottoscritto..... Genitore di:

Alunno Classe o sezione.....

- 1) AUTORIZZA NON AUTORIZZA *(Barrare la casella che interessa)*

ad uscire dall'edificio scolastico per recarsi nelle vicine strutture parrocchiali, quali la Chiesa di San Dionigi, la Palestra del Centro Giovanile Paolo VI in via De Martino e gli ambienti ad essa correlati (cortili e piazzali) per attività legate allo svolgimento della programmazione didattica ed educativa dell'anno scolastico, secondo comunicazione inviata ai genitori almeno 3 giorni prima dell'attività.

DATA_____ Firma_____

- 2) AUTORIZZA NON AUTORIZZA *(Barrare la casella che interessa)*

le persone incaricate dalla scuola ad effettuare un controllo visivo sulla testa del proprio figlio, per la prevenzione della pediculosi, durante l'anno scolastico.

DATA_____ Firma_____

- 3) AUTORIZZA NON AUTORIZZA *(Barrare la casella che interessa)*

la dottoressa pediatra incaricata dalla Scuola ad effettuare una visita medica, comprensiva di controllo peso/altezza ed esame obiettivo generale per i propri figli, durante l'anno scolastico.

DATA_____ Firma_____

Nota:
.....
.....
.....

